

# Guía de Práctica Clínica

## Manejo Agudo del Accidente Cerebrovascular Isquémico en población adulta (Versión resumen)

### Copyright

Se autoriza la reproducción total o parcial, la transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro o cualquier otro; en publicaciones científicas y médicas siempre que se citen expresamente los autores y a AUNA como institución con su logotipo adecuadamente.

Código	Revisión	Fecha de Aprobación
GA.DC.G.15	00	25 – 06 - 19
GA.DC.G.15	01	05 – 07 – 19
GA.DC.G.15	02	16 – 09 – 19

Referenciar como: AUNA. GUIA RESUMEN. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA MANEJO AGUDO DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN POBLACIÓN ADULTA. LIMA, PERU: AUNA. 2019

Si desea acceder a la VERSIÓN COMPLETA de la GPC Manejo Agudo del Accidente Cerebrovascular Isquémico en población adulta 2019, dirigirse al siguiente enlace web:  
<https://clinicadelgado.pe/>

## METODOLOGÍA SISTEMA GRADE

### Fuerza y dirección de las recomendaciones según GRADE.

Fuerza y dirección de la recomendación	Significado
Fuerte a favor	Las consecuencias deseables claramente sobrepasan las consecuencias indeseables. <b>Se recomienda</b> hacerlo.
Condicional (Débil) a favor	Las consecuencias deseables probablemente sobrepasan las consecuencias indeseables. <b>Se sugiere</b> hacerlo.
Fuerte en contra	Las consecuencias indeseables claramente sobrepasan las consecuencias deseables. <b>Se recomienda</b> no hacerlo.
Condicional (Débil) en contra	Las consecuencias indeseables probablemente sobrepasan las consecuencias deseables. <b>Se sugiere</b> no hacerlo
Punto de buena práctica clínica (BPC)	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica del GEG y/o artículos no sistematizados.

### Certeza de la Evidencia

Calidad	Definición
Alta (⊕⊕⊕⊕)	Existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Moderada (⊕⊕⊕⊖)	Existe una confianza moderada en el estimador de efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.
Baja (⊕⊕⊖⊖)	La confianza en el estimador de efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Muy baja (⊕⊖⊖⊖)	Existe muy poca confianza en el estimador de efecto. Es altamente probable que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.

**RECOMENDACIONES DE LA GUIA**

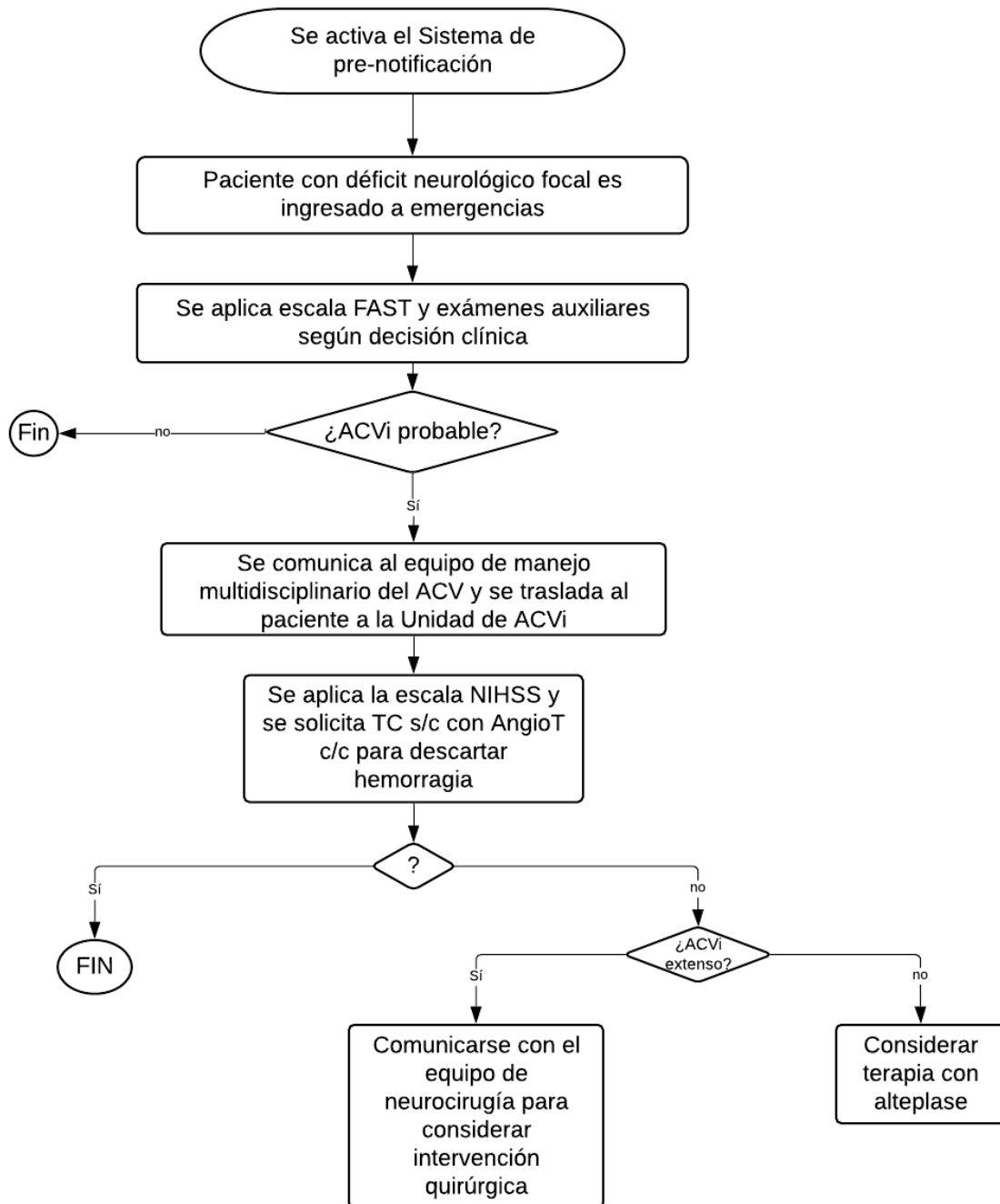
N°	Recomendaciones Clave	Fuerza y Dirección de recomendación	Certeza en la evidencia
1	<p><b>Se recomienda</b> el uso de la escala FAST para establecer la sospecha diagnóstica de ACVi en pacientes adultos con déficit neurológico focal.</p> <p>* FAST: Facial, Arm, Speech and Time Score</p>	Fuerte a favor	Muy baja (⊕⊕⊕⊕)
2	Colocar un cuadro con la escala FAST en las emergencias, estaciones de enfermería y estaciones o counter de recepción de emergencias y otras áreas administrativas.	BPC	
3	<p><b>Se recomienda</b> el uso de la escala NIHSS para estratificar la severidad y monitorizar el ACVi en pacientes adultos (&gt;18 años) con déficit neurológico focal.</p> <p>* NIHSS: National Institutes of Health Stroke Scale</p>	Fuerte a favor	Muy baja (⊕⊕⊕⊕)
4	El personal médico (Neurología, Emergencia y UCI) debería estar certificado en estratificar la severidad del ACVi (escala NIHSS).	BPC	
5	Canalizar dos vías periféricas (18" o 20") que faciliten las intervenciones de diagnóstico y tratamiento.	BPC	
6	En pacientes con sospecha clínica de ACVi, se realizará una TC s/c más la Angiotomografía computarizada c/c para determinar el tipo de evento, su localización y el manejo.	BPC	
7	<b>Se recomienda</b> la trombolisis endovenosa en los pacientes con ACVi agudo, desde el inicio de síntomas hasta las 4.5h, con el objetivo de disminuir la dependencia y obtener un buen desenlace funcional	Fuerte a favor	Evidencia Moderada (⊕⊕⊕⊕)
8	El activador del plasminógeno tisular recombinante (alteplase) debe usarse a dosis de 0.9 mg/kg (dosis máxima 90 mg durante 60 minutos con el 10% inicial de la dosis administrada en bolo durante 1 minuto) (Tomar en cuenta los criterios modificados de AHA para elegibilidad del paciente – Anexo 10)	BPC	
9	<b>Se recomienda</b> las intervenciones quirúrgicas (craniectomía o hemicraniectomía)	Fuerte a favor	Moderada (⊕⊕⊕⊕)

	descompresiva) como tratamiento estándar en pacientes con ACVi extenso o maligno.		
10	Los valores de NIHSS>20, leucocitosis, extensión del 50% del territorio de la Arteria Cerebral Media en la TC o un volumen > 145 cm <sup>3</sup> en la RM, zonas isquémicas adicionales que involucren los territorios de la arteria cerebral anterior y/o posterior ayudarían a identificar a los pacientes con riesgo elevado y determinar quiénes se benefician con la intervención quirúrgica.	BPC	
11	En el caso de infarto cerebeloso, la ventriculotomía permite tratar la hidrocefalia obstructiva. Además, la craniectomía descompresiva concomitante o posterior puede o no ser necesaria en función de factores como el tamaño del infarto, el estado neurológico, el grado de compresión del tronco cerebral y la eficacia del tratamiento médico.	BPC	
12	Los pacientes con ACVi extenso o maligno tienen un alto riesgo de sufrir complicaciones asociadas a edema cerebral o incremento de la presión intracraneana; por lo cual, es razonable informar y mantener una comunicación constante con la familia acerca de las opciones de cuidado y posibles desenlaces incluyendo las estrategias de preferencias centradas en el paciente y la toma de decisiones compartidas.	BPC	
13	Realizar la hemicraniectomía o craniectomía descompresiva dentro de las 48 horas de ocurrido el ACVi extenso o maligno.	BPC	
14	<b>Se recomienda</b> la terapia con antiagregantes plaquetarios (ya sea por vía oral o vía sonda nasogástrica) en pacientes con ACVi probable	Fuerte a Favor	Moderada (⊕⊕⊕⊖)
15	En pacientes con ACVi probable o confirmado que cumple criterios para terapia trombolítica (Alteplase EV), la terapia con antiagregante plaquetario generalmente se retrasa hasta 24 horas después de realizada la terapia trombolítica.	BPC	
16	En pacientes con ACVi probable o confirmado que no cumplan criterios para terapia trombolítica iniciar tratamiento con aspirina durante las primeras 24 horas de ocurrido el evento a dosis de inicio de 100 mg a 300 mg y luego continuar con 100 mg diariamente.	BPC	
17	En aquellos pacientes que no puedan recibir aspirina, se puede usar clopidogrel a dosis de inicio de 75 mg a	BPC	

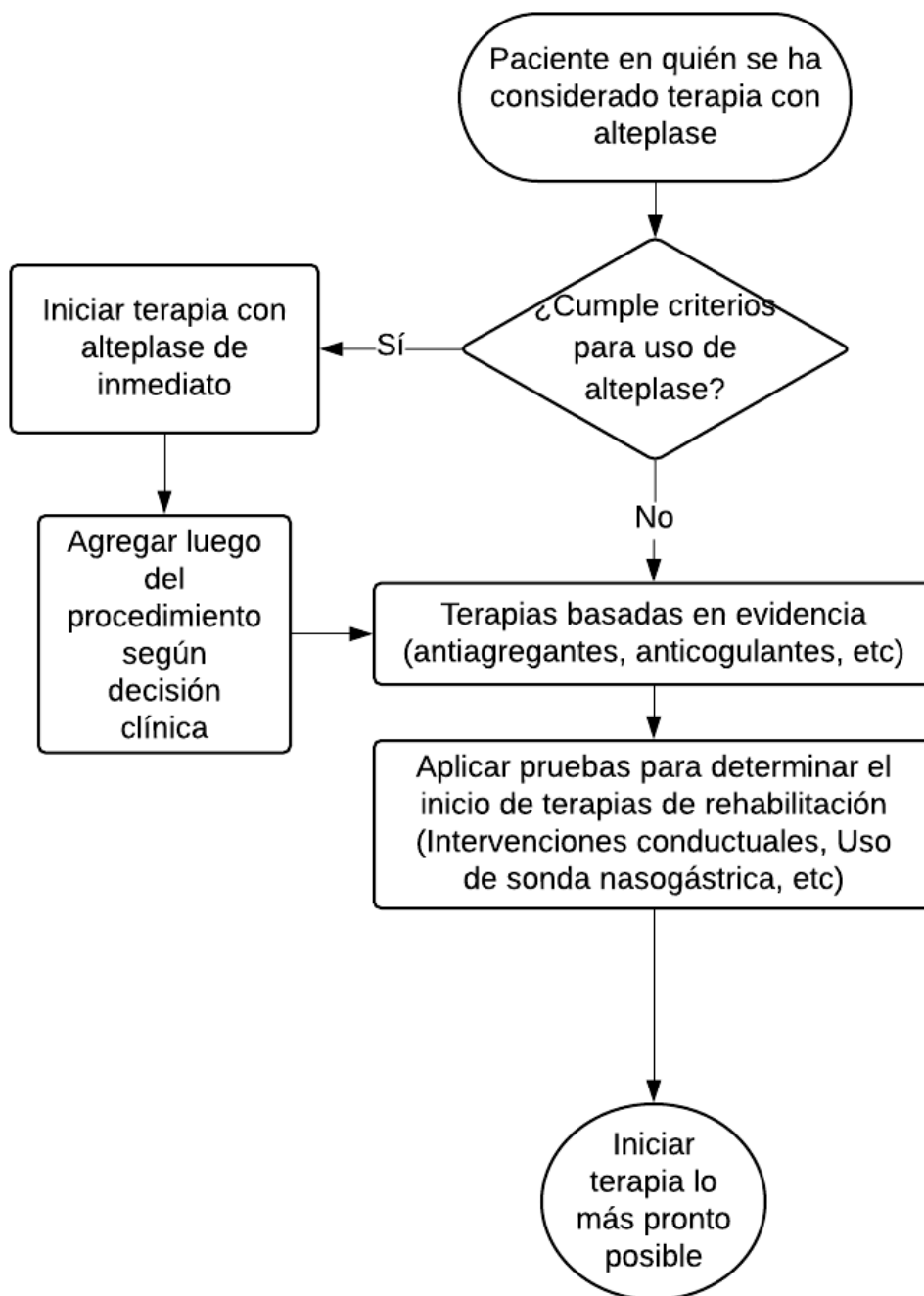
	300 mg y luego continuar con 75 mg diariamente.		
18	<b>No se sugiere</b> la terapia de anticoagulación inmediata en pacientes con ACVi probable o confirmado.	Condicional en contra	Moderada (⊕⊕⊕⊖)
19	En pacientes con ACVi etiología cardioembólica u otras con indicación de anticoagulación considerar el inicio de acuerdo al tiempo de enfermedad, severidad y extensión del infarto cerebral, que suele hacerse entre los 3 y 14 días del inicio de síntomas.	BPC	
20	<b>Se recomienda</b> en los pacientes con ACVi con disfagia realizar terapias conductuales lo más precozmente (dentro de las primeras 48 horas) de ocurrido el evento.	Fuerte a Favor	Moderada (⊕⊕⊕⊖)
21	Las intervenciones conductuales a realizar serán ejercicios de deglución, modificaciones ambientales tales como posicionamiento vertical para alimentación, consejos para deglutir de forma segura, modificaciones dietéticas, kinesiotaping (vendajes adhesivos aplicados sobre la piel), y entrenamiento de la fuerza muscular espiratoria, higiene oral.	BPC	
22	Aplicar el test de Toronto dentro de las primeras 24 horas para la elección de pacientes a los cuales se les realizará intervenciones conductuales. (Ver apartado "De la Evidencia a la recomendación de la pregunta número 07 en la versión extensa)	BPC	
23	<b>Se recomienda</b> garantizar la alimentación a través del uso de SNG, en pacientes con ACVi que no pueden deglutir de forma segura	Fuerte a Favor	Moderada (⊕⊕⊕⊖)
24	En pacientes con ACVi que no pueden deglutir de forma segura utilizar la alimentación por SNG para el soporte nutricional a corto plazo (2-3 semanas).	BPC	
25	Aplicar el test de Toronto dentro de las primeras 24 horas para la elección de pacientes a los cuales se colocará sonda nasogástrica. (Ver apartado "De la Evidencia a la recomendación de la pregunta número 07 en la versión extensa)	BPC	
26	<b>Se sugiere</b> que los pacientes con ACVi probable o confirmado sean atendidos en una Unidad Especializada con equipo multidisciplinario coordinado (Unidad ACVi).	Condicional a favor	Moderada (⊕⊕⊕⊖)
27	Contar con una Unidad ACVi implica tener el espacio físico disponible y un médico neurólogo, un médico	BPC	

	intensivista y/o internista, un médico de emergencia con entrenamiento en ACVi; además, contar como mínimo con un neurocirujano (disponible al llamado durante las 24 horas), médico especialista en medicina física y rehabilitación, en radiología, profesionales de enfermería (capacitados en la atención y monitoreo de ACV), otros profesionales de la salud (capacitados en terapia conductual y/o del lenguaje).		
28	El equipo multidisciplinario debe reunirse periódicamente para evaluar el progreso de pacientes hospitalizados y alcance de metas.	BPC	
29	Implementar estrategias de retención de talento humano dirigidas al equipo multidisciplinario para dar mayor sostenibilidad a la unidad de atención especialidad de ACV isquémico.	BPC	
30	<b>Se sugiere</b> la implementación de un sistema de pre-notificación (radio, teléfono) para avisar a la Unidad ACVi antes de la llegada de un paciente con ACVi probable	Condicional a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
31	<b>Se recomienda</b> como parte del código ACVi la reorganización del proceso para la atención del paciente con ACVi probable, en la cual participe el equipo de la Unidad ACVi	Fuerte a favor	Muy baja (⊕⊖⊖⊖)
32	Implementar mecanismos de comunicación (llamadas telefónicas, comunicaciones a través de mensajes) al personal que conforma el equipo multidisciplinario de la Unidad ACVi cuando se activa el código ACVi	BPC	

## FLUJOGRAMAS DE ATENCIÓN DE PACIENTE CON ACVi PROBABLE







**CUADRO COMPLEMENTARIO**

**[ANEXO 09: Criterios de elegibilidad para IV Alteplase en pacientes con ACVi (Criterios traducidos de la Guía de ACVi de AHA y validados por el GEG durante las discusiones de panel)]**

Indicaciones (Clase I)	
Dentro de las 3 primeras horas	Alteplase IV (0.9 mg/kg, dosis máxima 90 mg durante 60 minutos con el 10% inicial de la dosis administrada en bolo durante 1 minuto) está recomendado en pacientes que hayan iniciado los síntomas 3 horas antes o en el último momento que el paciente estaba en su estado basal.
Edad	Pacientes mayores de 18 años. La administración intravenosa de alteplase dentro de las 3 h es igualmente recomendada para pacientes independientemente de la edad que tengan (sean mayores o menores de 80 años).
Severidad	En casos de ACVi severo, alteplase IV está indicado, hasta 3 horas luego de iniciados los síntomas. A pesar del mayor riesgo de transformación hemorrágica, todavía hay un beneficio clínico comprobado para los pacientes con síntomas graves de ACVi.
	Para pacientes con síntomas leves pero incapacitantes de ACV, la alteplase IV está indicada dentro de las 3 h desde el inicio de los síntomas del accidente cerebrovascular isquémico. Queda a opinión del médico tratante, la trombolisis de pacientes con síntomas leves y no incapacitantes.
3–4.5 h	Alteplase IV (0.9 mg/kg, dosis máxima 90 mg durante 60 minutos con el 10% inicial de la dosis administrada en bolo durante 1 minuto) es recomendado para pacientes se encuentran dentro de las 3 y 4.5 h del inicio del síntoma de ACVi o desde el último momento que el paciente estaba en su estado basal
Edad, DM, ACV previo, Severidad, ACOs, Imágenes Cerebrales.	El tratamiento IV con alteplase en el intervalo de 3 a 4,5 h se recomienda para los pacientes ≤ 80 años de edad, sin antecedentes de diabetes mellitus y accidente cerebrovascular previo, puntaje NIHSS ≤ 25, sin tomar ningún ACO, y sin pruebas de imagen de lesión isquémica que afecta a más de un tercio del territorio MCA.
Emergencia	El tratamiento debe iniciarse lo más rápido posible dentro de los plazos indicados anteriormente porque el tiempo hasta el tratamiento está fuertemente asociado con los resultados.
PA	Alteplase IV se recomienda en pacientes cuya presión arterial se puede bajar de forma segura (a <185/110 mm Hg) con agentes antihipertensivos, con el médico evaluando la estabilidad de la PA antes de iniciar la alteplase IV.
Glucosa Sanguínea	Alteplase IV se recomienda en pacientes elegibles de otra manera con niveles de glucosa inicial > 50 mg / dL.
TC	La administración intravenosa de Alteplase se recomienda en el contexto de cambios isquémicos tempranos en TC sin contraste de grado leve a moderado (distintos de la hipo densidad franca).
Terapia antiagregante previa	Alteplase IV se recomienda para los pacientes que hayan estado tomando fármacos antiplaquetarios en monoterapia antes del accidente cerebrovascular sobre la base de la evidencia de que el beneficio de la alteplase supera un posible aumento del riesgo de hemorragia intracerebral sintomática.

	La alteplase IV se recomienda para los pacientes que toman terapia de combinación de fármacos antiplaquetarios (p. Ej., Aspirina y clopidogrel) antes del accidente cerebrovascular sobre la base de evidencia de que el beneficio de la alteplase supera un probable aumento del riesgo de hemorragia intracerebral sintomática.
ERC terminal	En pacientes con enfermedad renal en etapa terminal en hemodiálisis y Tiempo parcial de tromboplastina activado normal (TPPa), se recomienda alteplase IV. Sin embargo, aquellos con TPPa elevado pueden tener un riesgo elevado de complicaciones hemorrágicas.
<b>Contraindicaciones (Clase III)</b>	
Tiempo de Inicio	Alteplase IV no se recomienda en pacientes con ACVi que tienen un tiempo incierto y / o aparición de síntomas no detectados y en quienes se sabe que la última vez que se encontraron en estado basal fue > 3 horas o 4,5 horas.
	Alteplase IV no se recomienda en pacientes con ACVi que se despertaron post ACVi luego de > 3 horas o 4,5 horas.
TC	Alteplase IV no debe administrarse a un paciente cuya TC revela una hemorragia intracraneal aguda.
	Sigue habiendo evidencia insuficiente para identificar un umbral de severidad o extensión de la hipo atenuación que afecta la respuesta del tratamiento a alteplase. Sin embargo, no se recomienda la administración de alteplase por vía intravenosa a pacientes en los que la TC de imágenes de cerebro muestra regiones extensas de hipo atenuación clara. Estos pacientes tienen un mal pronóstico a pesar del uso de alteplase intravenosa, y la hipo atenuación grave definida como hipo densidad evidente representa una lesión irreversible.
Haber tenido ACVi dentro de los 3 meses	El uso de alteplase intravenosa en pacientes con ACVi que hayan tenido un ACVi previo dentro de los 3 meses puede ser perjudicial.
Haber tenido Traumatismo craneal severo dentro de los 3 meses	En pacientes con ACVi con traumatismo craneal severo reciente (dentro de los 3 meses), la alteplase IV está contraindicada.
	Dada la posibilidad de complicaciones hemorrágicas debidas al traumatismo craneal grave subyacente, la Alteplase IV no debe administrarse en el infarto postraumático que se produce durante la fase aguda hospitalaria.
Cirugía intracraneal / Intra espinal en 3 meses	Para los pacientes con ACVi y un historial de cirugía intracraneal / espinal dentro de los 3 meses anteriores, la Alteplase IV es potencialmente dañina.
Historia de hemorragia intracraneal.	La administración intravenosa de alteplase en pacientes con antecedentes de hemorragia intracraneal es potencialmente dañina.
Hemorragia subaracnoidea (HSA)	La alteplase IV está contraindicada en pacientes que presentan síntomas y signos más consistentes con una HSA.

Neoplasia maligna gastrointestinal o sangrado gastrointestinal en 21 d	Los pacientes con una neoplasia maligna GI estructural o un episodio reciente de sangrado dentro de los 21 días de su accidente cerebrovascular deben considerarse de alto riesgo, y la administración de alteplase por vía intravenosa es potencialmente dañina.
Coagulopatías	Se desconoce la seguridad y eficacia de alteplase IV para pacientes con accidente cerebrovascular agudo con plaquetas $<100\ 000 / \text{mm}^3$ , INR $> 1.7$ , aPTT $> 40$ s, o PT $> 15$ s, y no se debe administrar alteplase IV. (En pacientes sin historia de trombocitopenia, el tratamiento con alteplase IV puede iniciarse antes de la disponibilidad del recuento de plaquetas, pero debe suspenderse si el recuento de plaquetas es $<100\ 000 / \text{mm}^3$ . En pacientes sin uso reciente de anticonceptivos orales o heparina, el tratamiento con alteplase IV puede ser iniciada antes de la disponibilidad de los resultados de la prueba de coagulación, pero debe suspenderse si el INR es $> 1.7$ o el PT es elevado de manera anormal según los estándares del laboratorio local).
Heparina de Bajo Peso Molecular	Alteplase IV no debe administrarse a pacientes que hayan recibido una dosis de tratamiento de Heparina de Bajo Peso Molecular dentro de las 24 horas anteriores.
Inhibidores de la trombina o inhibidores del factor Xa	El uso de alteplase IV en pacientes que toman inhibidores directos de la trombina o inhibidores directos del factor Xa no se ha establecido firmemente, pero puede ser perjudicial. La alteplase intravenosa no debe administrarse a pacientes que toman inhibidores directos de la trombina o inhibidores directos del factor Xa, a menos que las pruebas de laboratorio como el APTT, el INR, el recuento de plaquetas, el tiempo de coagulación de la ecarina, el tiempo de trombina o los análisis apropiados de la actividad del factor Xa sean normales o el paciente no haya recibido una dosis de estos agentes durante $> 48$ h (asumiendo una función metabolizante renal normal). (Alteplase podría considerarse cuando las pruebas de laboratorio apropiadas, como el aPTT, el INR, el tiempo de coagulación de la ecarina, el tiempo de trombina o los análisis de actividad del factor Xa directo sean normales o cuando el paciente no haya tomado una dosis de estas CA durante $> 48$ h y la función renal normal.)
Inhibidores del receptor de glicoproteína IIb / IIIa	Los agentes antiplaquetarios que inhiben el receptor de la glucoproteína IIb / IIIa no deben administrarse simultáneamente con alteplase IV fuera de un ensayo clínico.
Endocarditis infecciosa	Para pacientes con ACVi y síntomas compatibles con endocarditis infecciosa, no debe administrarse alteplase IV debido al aumento del riesgo de hemorragia intracraneal.
Disección del arco aórtico	El alteplase IV en ACVi conocida o sospechosa de estar asociado con la disección del arco aórtico es potencialmente dañino y no debe administrarse.
Neoplasia intracraneal intraaxial	El tratamiento con alteplase IV para pacientes con ACVi que tienen una neoplasia intracraneal intraaxial es potencialmente dañino.

Recomendaciones adicionales para el tratamiento con alteplase IV en pacientes con ACV (Clase II)	
Ventana extendida de 3 a 4,5 horas.	Para paciente > 80 años de edad que se presenta en la ventana de 3 a 4.5 horas, la alteplase IV es segura y puede ser tan efectiva como en pacientes más jóvenes.
	Para los pacientes que toman warfarina y con un INR $\leq 1.7$ que se presentan en la ventana de 3 a 4.5 h, la alteplase IV parece segura y puede ser beneficiosa.
	En pacientes con AIS con accidente cerebrovascular y diabetes mellitus anteriores que se presentan en la ventana de 3 a 4.5 horas, la alteplase intravenosa puede ser tan efectiva como el tratamiento en la ventana de 0 a 3 horas y puede ser una opción razonable.
Severidad 0- a 3-h ventana	Dentro de las 3 h desde el inicio de los síntomas, se puede considerar el tratamiento de pacientes con síntomas leves de accidente cerebrovascular isquémico que se consideran no discapacitados. Los riesgos del tratamiento deben sopesarse frente a los posibles beneficios; sin embargo, se necesita más estudios para definir mejor la relación riesgo-beneficio.
Severidad 3 a 4.5 h ventana	Para los pacientes elegibles de otro modo que presenten un accidente cerebrovascular leve en la ventana de 3 a 4.5 horas, la alteplase IV puede ser tan efectiva como el tratamiento en la ventana de 0 a 3 horas y puede ser una opción razonable. Los riesgos del tratamiento deben sopesarse frente a los posibles beneficios. El beneficio de alteplase IV entre 3 y 4,5 h desde el inicio de los síntomas en pacientes con síntomas de ictus muy graves (NIHSS > 25) es incierto.
Discapacidades preexistentes	La discapacidad preexistente no parece aumentar de forma independiente el riesgo de Hemorragia Cerebral sintomática después de la alteplase IV, pero puede asociarse con menos mejoría neurológica y mayor mortalidad. La terapia trombolítica con alteplase IV para pacientes con accidente cerebrovascular agudo con discapacidad preexistente (puntuación mRS $\geq 2$ ) puede ser razonable, pero las decisiones deben tener en cuenta factores relevantes, como la calidad de vida, el apoyo social, el lugar de residencia, la necesidad de un cuidador, los pacientes y las preferencias de las familias, y metas de cuidado.
	Los pacientes con demencia preexistente pueden beneficiarse de la alteplase IV. Las consideraciones individuales, como la esperanza de vida y el nivel de función pre mórbido, son importantes para determinar si alteplase puede ofrecer un beneficio clínicamente significativo.
Mejoramiento temprano	El tratamiento con alteplase IV es razonable para los pacientes que presentan un accidente cerebrovascular isquémico de moderado a grave y que muestran una mejoría temprana, pero siguen teniendo un impedimento moderado y una posible discapacidad a juicio del examinador.
Convulsión al inicio	La alteplase IV es razonable en pacientes con convulsiones en el momento del inicio del accidente cerebrovascular agudo si la evidencia sugiere que las deficiencias residuales son secundarias al accidente cerebrovascular y no un fenómeno post ictal.
Glucosa en sangre	El tratamiento con alteplase IV en pacientes con ACV que presentan niveles iniciales de glucosa <50 o> 400 mg / dL que posteriormente se normalizan y que son elegibles de otra manera puede ser razonable.

Coagulopatía	La seguridad y eficacia de alteplase IV para pacientes con accidente cerebrovascular agudo con historia clínica de posible hemorragia o coagulopatía son desconocidos. Alteplase IV se puede considerar según el caso clínico del paciente.
	La alteplase intravenosa puede ser razonable en pacientes con antecedentes de uso de warfarina y un NR $\leq 1.7$ y / o un PT <15 s.
Punción Lumbar	La alteplase IV puede considerarse para los pacientes que presentan ACVi, incluso en los casos en que se hayan sometido a una punción lumbar en los últimos 7 días.
Punción arterial	La seguridad y la eficacia de la administración de alteplase IV a pacientes con ACVi agudo que han tenido una punción arterial de un vaso sanguíneo no comprimible en los 7 días anteriores a los síntomas del accidente cerebrovascular son inciertas.
Trauma mayor reciente	En pacientes con ACVi agudo con traumatismo grave reciente (dentro de los 14 días) que no involucran la cabeza, se puede considerar cuidadosamente la alteplase IV, con el riesgo de sangrado por lesiones relacionadas con el traumatismo comparado con la gravedad y la posible discapacidad del accidente cerebrovascular isquémico.
Cirugía mayor reciente	Se puede considerar el uso de alteplase IV en pacientes cuidadosamente seleccionados que presenten AIS que se hayan sometido a una cirugía mayor en los 14 días anteriores, pero el posible aumento del riesgo de hemorragia en el sitio quirúrgico debe compararse con los beneficios anticipados de la reducción de los déficits neurológicos relacionados con el accidente cerebrovascular.
Hemorragia GI y Genitourinaria.	La literatura informada detalla un bajo riesgo de hemorragia con la administración de alteplase IV en el contexto de una hemorragia genitourinaria / GI anterior. La administración de alteplase IV en esta población de pacientes puede ser razonable.
Menstruación	El alteplase IV probablemente esté indicado en mujeres que están menstruando y se presentan con ACVi y no tienen antecedentes de menorragia. Sin embargo, se debe advertir a las mujeres que el tratamiento con alteplase podría aumentar el grado de flujo menstrual.
	Debido a que los beneficios potenciales de alteplase intravenosa probablemente superen los riesgos de sangrado grave en pacientes con historia reciente o activa de menorragia sin anemia o hipotensión clínicamente significativa, se puede considerar la administración de alteplase por vía IV.
	Cuando existe una historia de sangrado vaginal reciente o activo que causa anemia clínicamente significativa, es probable que se indique una consulta de emergencia con un ginecólogo antes de tomar una decisión sobre alteplase IV.
Disecciones cervicales extra craneales	El alteplase IV en ACVi agudo conocido o sospechado que está asociada con disección arterial cervical extra craneal es razonablemente segura dentro de las 4.5 horas y probablemente se recomienda.
Disección arterial intracraneal	La utilidad de la alteplase IV y el riesgo hemorrágico en ACVi agudo conocido o en sospecha que están asociados con la disección arterial intracraneal siguen siendo desconocidos, inciertos y no están bien establecidos.

Aneurisma intracraneal no roto	Para los pacientes que presentan ACVi agudo que se sabe que tienen un aneurisma intracraneal no fracturado y no seguro de tamaño pequeño o moderado (<10 mm), la administración de alteplase IV es razonable y probablemente se recomienda.
	La utilidad y el riesgo de alteplase IV en pacientes con ACVi agudo que tienen un aneurisma intracraneal sin rotura y sin seguridad gigantes no están bien establecidos.
Malformaciones vasculares intracraneales.	Para los pacientes que se presentan con ACVi agudo que se sabe que tienen una malformación vascular intracraneal no fracturada y no tratada, la utilidad y los riesgos de la administración de alteplase IV no están bien establecidos.
	Debido al aumento del riesgo de Hemorragia Intracraneal en esta población de pacientes, el alteplase IV se puede considerar en pacientes con accidente cerebrovascular con déficit neurológico graves y una alta probabilidad de morbilidad y mortalidad que supere el riesgo anticipado de Hemorragia Intracraneal secundaria a la trombolisis.
Microhemorragias cerebrales	En pacientes con ACVi elegibles que hayan tenido un número pequeño (1–10) de microhemorragias cerebrales demostrado en MRI, la administración de Alteplase IV es razonable.
	De lo contrario, los pacientes con ACVi elegibles que previamente tuvieron una alta carga de microhemorragias cerebrales (> 10) demostrada en la MRI, el tratamiento con alteplase IV puede estar asociado con un mayor riesgo de hemorragia cerebral, y los beneficios del tratamiento son inciertos. El tratamiento puede ser razonable si existe la posibilidad de un beneficio sustancial.
Neoplasias intracraneales extra axiales	El tratamiento con alteplase por vía intravenosa probablemente se recomienda para pacientes con ACVi agudo que tienen una neoplasia intracraneal extra axial.
Infarto Agudo de Miocardio	Para los pacientes que se presentan con ACVi agudo con infarto agudo de miocardio, el tratamiento con alteplase IV a la dosis adecuada para la isquemia cerebral, seguido de angioplastia coronaria percutánea y colocación de stent si está indicado, es razonable
Infarto de Miocardio Reciente	Para los pacientes que presentan ACVi agudo y antecedentes de infarto de miocardio reciente en los últimos 3 meses, el tratamiento del accidente cerebrovascular isquémico con alteplase por vía IV es razonable si el infarto de miocardio reciente sin elevación del segmento ST.
	Para los pacientes que presentan ACVi agudo y antecedentes de infarto de miocardio reciente en los últimos 3 meses, el tratamiento del ACVi con Alteplase IV puede ser razonable si el IM reciente fue con elevación del segmento ST y afectó el lado derecho o inferior del miocardio.
	Para los pacientes que presentan ACVi agudo y antecedentes de infarto de miocardio reciente en los últimos 3 meses, el tratamiento de ACVi con alteplase IV es razonable si el IM fue con elevación del segmento ST y afectó el lado izquierdo anterior del miocardio.
Otras	Para los pacientes con ACVi severo con probabilidad de producir una discapacidad grave y pericarditis aguda, el tratamiento con alteplase IV puede ser razonable. Se recomienda la consulta urgente con un cardiólogo en esta situación.
	Para los pacientes que presentan un AIS moderado con probabilidad de producir una discapacidad leve y pericarditis aguda, el tratamiento con alteplase IV es un beneficio incierto.

enfermedades Cardiacas	Para los pacientes con ACVi severo que pueda producir una discapacidad grave y un trombo auricular o ventricular izquierdo conocido, el tratamiento con alteplase IV puede ser razonable.
	Para los pacientes con ACVi moderado que probablemente produzca una discapacidad leve y un trombo auricular o ventricular izquierdo conocido, el tratamiento con alteplase intravenosa es un beneficio neto incierto.
	Para los pacientes con ACVi severo con probabilidad de producir una discapacidad grave y mixoma cardíaco, el tratamiento con alteplase intravenosa puede ser razonable.
	Para los pacientes que presentan AIS mayor con probabilidad de producir una discapacidad grave y fibroelastoma papilar, el tratamiento con alteplase intravenosa puede ser razonable.
Accidente cerebrovascular Isquémico (ACVi)	El alteplase IV es razonable para el tratamiento de las complicaciones del ACVi de los procedimientos angiográficos cardiacos o cerebrales, según los criterios de elegibilidad habituales.
Malignidad sistémica	La seguridad y la eficacia de alteplase en pacientes con neoplasia maligna actual no están bien establecidas. Los pacientes con alineación sistémica y esperanza de vida razonable (> 6 meses) pueden beneficiarse del alteplase IV si otras contraindicaciones, como anomalías de la coagulación, cirugía reciente o sangrado sistémico, no se encuentren presentes.
El embarazo	La administración IV de alteplase puede considerarse en el embarazo cuando los beneficios anticipados del tratamiento del accidente cerebrovascular moderado o grave superan el aumento anticipado de los riesgos de hemorragia uterina. La seguridad y la eficacia de la alteplase IV en el período posparto temprano (<14 d después del parto) no se han establecido.
Condiciones oftalmológicas.	El uso de alteplase IV en pacientes con ACVi que tienen antecedentes de retinopatía hemorrágica diabética u otras afecciones oftálmicas hemorrágicas es razonable recomendar, pero el posible aumento del riesgo de pérdida visual debe compararse con los beneficios anticipados de la reducción de los déficit neurológicos relacionados con el accidente cerebrovascular.
Enfermedad de Células Falciformes	El uso alteplase en pacientes adultos con enfermedad de células falciformes IV que presentan ACVi puede ser beneficioso.
Uso de drogas ilícitas	El tratamiento clínico debe hacerse con mucha precaución cuando se sospecha del uso de drogas ilícitas debido a que ello puede contribuir a un ACVi incidental. El alteplase IV es razonable en los casos de ACVi agudo asociado al uso de drogas ilícitas en pacientes sin otras exclusiones.
Imitadores de ACVi	El riesgo de hemorragia intracraneal sintomática en la población que simula un accidente cerebrovascular es bastante bajo; por lo tanto, el inicio de alteplase IV se recomienda probablemente en lugar de retrasar el tratamiento para realizar estudios diagnósticos adicionales.

Fuente: Elaborado en base a criterios traducidos de "American Heart Association/American Stroke Association. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke.2018"